



Gezielte Anamnese entscheidend Chronische Schmerzen erkennen – vor der Operation!

Prof. Dr. Marcus Schiltenwolf | Leiter der Schmerztherapie an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg

Die meisten chirurgischen Wahleingriffe am Stütz- und Bewegungsapparat sind besonders auch wegen Schmerzen indiziert. Es ist deshalb sehr wichtig, vorbestehende Schmerzchronifizierungen zu erkennen, um perioperative Probleme zu vermeiden.

Während unproblematische Schmerzen gut organisch erklärt werden können und die Patienten angemessen mit dem körperlichen Schadenbefund und mit Schmerzmitteln umgehen, muss man jene Patienten rechtzeitig identifizieren, die zum Beispiel mit der Operation die Hoffnung verbinden, auch von Ganzkörperschmerzen befreit zu werden. Denn ihre postoperative Prognose hinsichtlich des Schmerzerlebens wäre schlecht. Es gibt

»Symptome vorbestehender Schmerzen sind häufig erst durch gezieltes Nachfragen zu erkennen«
Prof. Dr. Marcus Schiltenwolf

den, Depressivität und Angst sind wichtige Aspekte.

Patienten in Klassen einteilen

Patienten mit vorbestehender Schmerzchronifizierung können folgendermaßen klassifiziert werden:

Patienten mit chronischen fokalen Schmerzen in dem Bereich, der operiert werden soll

Dazu gehört zum Beispiel der Leisten schmerz bei Koxarthrose. Fehlen oben erwähnte anamnestische Risikofaktoren, dann darf bei diesen Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Versorgung mit einer Hüftendoprothese zu einem guten und schmerzfreien Operationsergebnis führt.

Patienten mit chronischen nichtfokalen Schmerzen

In diese Gruppe gehören zum Beispiel Patienten mit schmerzhaftem Kniege lenk, das operiert werden soll, die außerdem über Rücken-, Schulter- und Kopf schmerzen klagen. Ein Warnsignal ist es, wenn weitere Beschwerden bestehen, wie etwa Ohrensausen, chronische Stuhl gangsprobleme, Stiche in der Herz gegend oder Bauchschmerzen. Hinzu kommen psychische Faktoren: somato forme Schmerzstörungen, Anpassungs störungen, Neurasthenie, Angststörung,

posttraumatische Belastungsstörung, depressive Symptome und psychoso zialer Distress. So hat die Depression in Studien den höchsten prädiktiven Wert für das Neuauftreten von Rücken schmerzen ergeben. 18% der Patienten mit chronischen Schmerzen in der All gemeinbevölkerung weisen Symptome einer Depression auf, 27% sind es in der ärztlichen Primärversorgung und 52% in orthopädischen und rheumatologi schen Kliniken! Die Wahrscheinlich keit, dass muskuloskeletale Schmerzen fortbestehen oder wiederkehren ist bei depressiven Störungen deutlich erhöht und korreliert mit der Anzahl weiterer Schmerzlokalisationen. Auffällig sind auch Patienten mit ständig wechselnden körperlichen Beschwerden.

Patienten mit einer psychischen Auffälligkeit oder einer psychiatrischen Erkrankung

Bei ihnen besteht ein erhöhtes Risiko, peri- und postoperativ Komplikationen zu entwickeln. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten mit psychischer Komorbidität gehäuft operativen Eingriffen unterzogen werden, obwohl dafür keine ausrei chenden körperlichen Gründe bestehen. Liegt eine psychische Anfälligkeit vor (was noch nicht bedeutet, dass eine psy chische Erkrankung vorliegt!), ist eine individuelle und auf die psychische Stö rung orientierte Vorbereitung und peri operative Betreuung erforderlich. Diese Patienten benötigen mehr Information, Kommunikation, Unterstützung sowie gegebenenfalls medikamentöse, zum Bei spiel angstlösende Pharmaka, oder weite re nichtmedikamentöse Therapien. Unter

bestimmte psychische Auffälligkeiten, die auf eine vorbestehende Schmerz chronifizierung hinweisen können. Diese müssen erkannt werden, zumal solche Patienten außerdem zu verschie denen organischen Komplikationen neigen. Erste Hinweise liefert die Ana mnese: Lang andauernde multilokuläre Schmerzen, chronische Schmerzen in einer Körperregion, die nur unzurei chend mit dem körperlichen Befund zu erklären sind, weitere Körperbeschwer-



Umständen relativiert die psychische/psychologische Exploration die Operationsindikation, womöglich besteht gar keine Indikation mehr.

Bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung ist selbstverständlich prä- und postoperativ eine fachgerechte Behandlung erforderlich. Es sollte im stationären Setting über die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Eine ausschließlich medikamentöse Behandlung ist nicht gerechtfertigt, auch wenn vermehrt nach Medikamenten gefragt wird. Notwendig sind eher psychotherapeutische und multimodale Therapien.

Patienten mit vorbestehendem neuropathischem Schmerz

Hierzu gehören Patienten mit Morbus Sudeck (CRPS I, „complex regional pain syndrome“) oder mit Phantomschmerzen. Das Risiko eines Rezidivs von CRPS oder von Phantomschmerzen nach der Operation in der geschädigten oder vormals betroffenen Extremität ist hoch. Es sollte nach einem früheren CRPS I gefragt werden. Störungen der Trophik, Hauttemperaturunterschiede, die Schweißsekretion oder Kontrakturen können auf ein Fortbestehen des Syndroms hinweisen. Sollte eine Operation an der betreffenden Extremität notwendig sein, sind post- oder perioperativ besondere Anästhesieverfahren erforderlich. Regionale Analgesieverfahren beeinflussen den postoperativen Verlauf womöglich günstig. Auch Koanalgetika und Adjuvantien sind hilfreich. Zusätzlich können postoperative Sympathikusblockaden eingesetzt werden, um CRPS-Rezidive zu verhindern.

Patienten mit präoperativ bereits lang andauernder Analgetikabehandlung

Der Anteil dieser Patienten nimmt zu. Manche sind bereits über längere Zeit auch auf Benzodiazepine eingestellt. Bei vorheriger Opioidtherapie ist zu beachten, dass aufgrund neuroplastischer ZNS-Änderungen die Schmerzschwelle eventuell erniedrigt ist. Opioide können, wie man seit einiger Zeit weiß, Hyperalgesien

auslösen, mit verstärkter statt verminderter Schmerzempfindung und erhöhtem Analgetikaverbrauch – dies ist nicht zu verwechseln mit einer Toleranzentwicklung. Manche dieser Patienten verbrauchen postoperativ das Zwei- bis Dreifache der präoperativen Dosis. Das Vorhandensein einer Opioidtoleranz ist natürlich ebenfalls möglich. Diese Mechanismen ermöglichen hohe Opioiddosierungen, ohne dass eine Atemdepression auftritt, vorausgesetzt, die Dosis wird sorgfältig an die Schmerzintensität angepasst.

Je nach Umfang des geplanten chirurgischen Eingriffs kann es notwendig werden, orale Opioide auf die kontinuierliche intravenöse Opioidapplikation umzustellen, um die ausreichende Resorption zu gewährleisten. Besteht präoperativ eine Gewöhnung an Benzodiazepine, sollten ebenfalls die enteralen Resorptionsverhältnisse beachtet werden. Es kann die intermittierende subkutane Injektion eines geeigneten Benzodiazepins wie Diazepam oder die sublinguale Gabe, etwa von Lorazepam, nötig werden.

Empfehlungen für die Praxis

Aus den angeführten Punkten lassen sich drei Empfehlungen ableiten.

Empfehlung 1: Patienten mit chronischen Schmerzen und/oder psychischen Auffälligkeiten sollen präoperativ erkannt werden. Es sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass sich die meisten Symptome vorbestehender Schmerzen nicht explizit ergeben! Erst durch gezieltes Nachfragen sind sie zu erkennen. Hinweise erhält man auf einfache Fragen nach allen Schmerzorten, nach weiteren Körperbeschwerden, der Behandlungskarriere (häufige Arztwechsel) und nach den Erwartungen an die Behandlung. Depressivität kann man durch Fragen nach Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Morgentief und Suizidalität erkennen. Hat der Patient Angst vor der Operation, muss man dem Rechnung tragen.

Empfehlung 2: Es kann bei vorbestehenden (neuropathischen) Schmer-

zen und psychischen Auffälligkeiten vor dem chirurgischen Eingriff eine Vorbehandlung erforderlich sein.

Empfehlung 3: Ist ein Patient an Opioide oder Benzodiazepine gewöhnt, dürfen diese perioperativ nicht abrupt abgesetzt werden. Dies könnte bestehende Schmerzen verstärken, sympathikotone Kreislaufreaktionen, Unruhe, kognitive Beeinträchtigungen oder gar Halluzinationen provozieren. Bei diesen Patienten ist eine präoperative Dosisreduktion (gegebenenfalls durch Opioidrotation) und Substitution nötig. Das bedeutet, dass präoperativ eine multidisziplinäre Schmerztherapie mit Medikamentenentzug erforderlich wird. Postoperativ sollten dann die Dosierungen dieser Pharmaka allmählich reduziert werden.

Fazit

Vorbestehende Schmerzchronifizierung und psychische Auffälligkeiten beeinflussen die Intensität perioperativer Schmerzen sowie das postoperative Behandlungsergebnis. Deshalb soll beides präoperativ erfragt werden. Manchmal führt dies zu einer Neubewertung der Operationsindikation. ■

Lesetipp: Eine ausführliche Darstellung der Problematik mit Literaturangaben finden Sie in „Der Orthopäde“ 2008, 37:990–996

„So operiere ich Sie nicht!“ Bei neuropathischen Schmerzen und psychischer Auffälligkeit ist eine Vorbehandlung nötig!

